

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

DAWID THALER

Né le 12 janvier 1913, à Lwów (Pologne)

Contribution à l'étude du doigt à ressort

(SON MÉCANISME ET SON TRAITEMENT)

Président : M. DUVAL, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937.

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE,

*C'est à eux d'abord que je veux dédier cette
thèse en témoignage de ma profonde affec-
tion et de ma reconnaissance pour leur ten-
dresse et leur dévouement.*

*Votre existence courageuse et laborieuse
restera pour moi toujours un exemple
lucide.*

A MES SŒURS,

A MON FRERE,

A MON BEAU-FRERE,

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL,

*Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard,*

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR H. REDON,

*Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Institut du cancer.*

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans sa réalisation.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
respectueux de notre profonde gratitude
pour l'enseignement que nous lui devons.*

INTRODUCTION.

La pathogénie du doigt à ressort a donné naissance à de nombreuses théories, au sujet desquelles l'accord n'est pas encore fait.

Ayant eu la bonne fortune d'en rencontrer quelques cas dans le service de notre maître M. le Dr. Redon, nous avons décidé, d'après le conseil de notre maître, d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Voici le plan que nous avons adopté :

Après un aperçu historique et clinique de cette affection, nous examinerons les différentes théories pathogéniques émises et les critiques qu'elles soulèvent, nous essayerons de montrer qu'à côté des anciennes théories tendino-vaginale, articulaire et nerveuse, il en existe parfois une autre : celle de sésamoïde intra-articulaire, à l'appui de laquelle nous citerons une observation avec radiographie et bon résultat opératoire.

Enfin nous terminerons par quelques indications thérapeutiques. Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis, ici, de remercier notre maître Monsieur le Dr. Redon, qui nous a inspiré ce sujet, pour le précieux enseignement qu'il nous a donné dans son service et les bons conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.

Que M. le Dr Rachelsberg, assistant, dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie veuille bien recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous sommes très heureux de saisir l'occasion qui s'offre à nous de témoigner notre profonde gratitude à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris pour leur enseignement élevé.

Nous garderons un impérissable souvenir de Monsieur le Professeur Abrami, qui nous a guidé dans l'étude de la clinique et nous l'a rendue si attrayante.

Monsieur le Professeur Duval nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en sommes très reconnaissant et l'en remercions vivement.

DEFINITION.

Nous adopterons la définition de Carlier qui, dans sa thèse sur le doigt à ressort, a le grand avantage de décrire cette affection sans entrer dans le domaine de la pathogénie :

« C'est une affection caractérisée par un arrêt dans
« un mouvement de flexion ou d'extension du doigt,
« arrêt suivi d'un ressaut et de la brusque reprise du
« mouvement, qui se termine avec la rapidité automa-
« tique d'un ressort ».

HISTORIQUE.

C'est un chirurgien français, Notta, de Lisieux, alors interne de Nelaton, qui en 1850, décrit pour la première fois cette affection dans les Archives Générales de Médecine et tenta de lui donner une explication pathogénique. En 1855 Nelaton publie une observation dans la Gazette des hôpitaux sous le titre de « Doigt à ressort ». Dès lors l'affection décrite par Notta portait un nom. Le même auteur a repris cette observation dans son traité de Pathologie chirurgicale, 1859, T. V, p. 954, mais cette fois avec une autre explication pathogénique, il n'admettait plus un engorgement du cul-de-sac synovial comme dans le premier mémoire, mais un corps flottant intrasynovial.

Le doigt à ressort, dès ce moment, était classé comme entité morbide et les observations furent de plus en plus fréquentes. En 1865 Hyrtl, dans son traité d'Anatomie topographique, attribue le phénomène de ressort à un rétrécissement circonscrit de la gaine du tendon avec un épaissement concomittant du tendon, ce n'est alors qu'une hypothèse qui n'aura sa confirmation opératoire que beaucoup plus tard. En 1872 trois observations sont publiées par Dumarest dans le Lyon Médical, p. 518, qui envisage l'affection comme étant dûe à des

lésions diverses, déformation du tendon, de la gaine, corps étranger de la gaine, enfin rhumatisme.

Avec Menzel et Felicki, en 1875, s'ouvre la période expérimentale. Ces auteurs reproduisent à volonté le phénomène de ressort en se servant d'une ligature du tendon plus ou moins serrée, ils concluent à un rétrécissement de la gaine, notion qui, comme nous l'avons vu, à déjà été pressentie en quelque sorte par Hyrtl.

Bientôt plusieurs auteurs allemands sont venus par la clinique confirmer les résultats des expériences de Menzel ; Berger, Fieber-Vogt dans leurs communications concluent à une tendo-vaginite. Dans une nouvelle observation en 1881, Vogt admet l'origine traumatique de la nodosité du tendon. Les expérimentations de Menzel sont reprises en France par Blum et Quenu en 1881. Ils aboutissent aux mêmes conclusions, dès lors cette théorie est à l'ordre du jour.

En 1884, Marcano publie un mémoire très complet de la question, lui aussi dissèque et expérimente, et il est amené à penser que quelle que soit la situation de la nodosité sur le tendon, si elle accroche la gaine fibreuse le ressort a lieu. Quant à la nodosité, elle est due, au traumatisme, au rhumatisme ou a une hyperplasie inflammatoire simple.

En même temps, 1884, Leinsrink et Hambourg interviennent pour la première fois dans un cas du doigt à ressort, ils enlèvent la nodosité tendineuse et font disparaître le ressort.

En 1885, paraît à Montpellier la thèse de Galzin qui préconise l'électrothérapie. En 1887, Schmit étudie

l'étiologie et fait une large part au traumatisme professionnel.

Avec Poirier, en 1889, une nouvelle théorie sur la pathogénie du doigt à ressort apparaît, cet auteur attribue le phénomène de ressort à une lésion articulaire, hypothèse qui va soulever de nombreuses critiques.

En 1889, un excellent travail est publié sur la question, dont l'auteur, Carlier (Thèse de Paris) cherche à expliquer le phénomène du ressort par un spasme musculaire.

En 1895, Jeanin, dans sa thèse, se fait défenseur de la théorie tendo-vaginale.

En 1897 Clément s'élève contre l'hypothèse de Poirier et de Carlier et élimine la théorie articulaire et nerveuse.

Huillet dans sa thèse de Bordeaux, 1898, cherche l'étiologie du phénomène de ressort, il fait un très intéressant travail sur le doigt à ressort chez les musiciens.

Depuis, la question paraît tomber dans l'oubli en France. Mais en Allemagne un très grand nombre d'auteurs s'en occupent, parmi les plus importants et les plus récents il faut citer : Tilmann, Marchesi, Poulsen, De Querin, Kroh, Helweg, Baumann, Seifert, Pomperl, Hanck, Peiper et Falk.

En France. le sujet est repris récemment, après trente-cinq ans d'intervalle, par Charbonnel, de Bordeaux, par Rocher et Gerin et enfin par Sorel et Benoît qui dans une communication intéressante rapprochent la comptodactylie du doigt à ressort en la considérant comme dernier degré d'évolution du doigt à ressort.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le tableau clinique de la maladie a été décrit d'une façon magistrale par Notta en 1850 qui, le premier, publia un mémoire sur le doigt à ressort. Rien n'a été ajouté depuis et les dernières observations semblent calquées sur l'observation originale.

L'affection est caractérisée par trois symptômes : le *ressaut*, la *douleur* et souvent la *nodosité*.

LE RESSAUT. — Symptôme principal. Lorsque le malade veut fléchir le doigt atteint, ce mouvement s'exécute d'abord normalement, mais bientôt le doigt se trouve arrêté, à un degré plus ou moins accentué de flexion de la deuxième phalange sur la première, degré toujours le même pour le même sujet. A la suite d'un effort plus ou moins violent, la flexion s'achève brusquement comme si un obstacle venait de céder tout à coup. A ce moment il se produit une sorte de ressaut accompagné d'un bruit sec. L'extension est encore plus difficile, là aussi il y a arrêt et le mouvement ne s'achève qu'au prix d'un effort considérable, souvent le malade s'aide avec son autre main pour étendre le doigt et là

encore un ressaut brusque se produit. Il y a en somme trois temps pour exécuter un mouvement :

1° Une ébauche d'exécution de flexion ou d'extension ;

2° Un temps d'arrêt, effort musculaire.

3° Achèvement brusque et complet du mouvement.

L'ensemble peut être comparé à l'ouverture ou fermeture d'un canif.

Le ressaut qui classiquement doit être noté à la flexion et extension, ne se voit souvent qu'à l'extension, cela s'explique par la plus grande force des fléchisseurs qui ont facilement raison de l'obstacle.

Siège : suivant le caractère de la lésion, ce ressaut se produit à distance ou au niveau même de l'articulation, il est toujours plus net le matin ou à la suite d'un long repos. Cette diminution des troubles par les mouvements est due probablement à l'extensibilité de l'obstacle.

LA DOULEUR. — Elle est variable, suivant le sujet, siège d'habitude au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, peut rester localisée ou se propager dans l'avant-bras. C'est surtout une douleur spontanée, parfois on la provoque par la palpation de la nodosité. Son intensité peut être telle qu'elle entraîne une immobilisation du doigt de la part du malade. Exceptionnellement la douleur est nulle.

LA NODOSITÉ. — Notta, l'auteur de la première observation sur cette maladie, prétend qu'elle consiste en une

nodosité sur le tendon de certains doigts, ce symptôme, quoique fréquent, n'est cependant pas constant, et nous comprendrons ce fait une fois que nous aurons traité la pathogénie. Dans les cas où elle existe, il s'agit d'une nodosité dont le volume varie entre un grain de plomb et un pois. Sa consistance est dure, cartilagineuse. Son siège est différent, tantôt devant une articulation, tantôt sur un point quelconque de la loge tendineuse. Cette nodosité fait souvent partie du tendon et dans ces cas elle se déplace avec les mouvements de ce dernier, mais peut encore rester immobile et siéger en dehors du tendon, sur la gaine.

Cette triade symptomatique constitue toute la maladie, elle peut être au complet ou se limiter à un seul symptôme, le principal, qui est le ressaut.

Les doigts ne présentent aucune déformation extérieure et ne paraissent nullement atteints quand ils sont au repos. Les troubles n'apparaissent qu'au cours de la fonction.

EVOLUTION.

Le début peut être brusque, secondaire à une contusion ou à une inflammation teno-vaginale.

D'habitude il est insidieux, le malade note d'abord une gêne des mouvements peu significative qui va en s'accroissant, la douleur n'apparaît que secondairement. A la période d'état le ressaut est toujours net. Il se produit d'abord lors de l'extension et ce n'est que tardivement qu'il apparaîtra à la flexion. A un moment donné l'extension devient tellement difficile que le malade, pour l'effectuer, va avoir recours à l'autre main.

Certains auteurs (Sorel et Benoît) admettent la possibilité d'évolution vers la camptodactylie, c'est-à-dire flexion permanente. A l'appui de leur théorie, ils citent un cas de camptodactylie, où pendant l'intervention, les mêmes lésions ont été notées que dans les doigts à ressort, et où la section de la gaine tendineuse rétrécie a permis au sujet de récupérer les mouvements. Ces cas sont possibles mais rares, nous en apportons un exemple. D'autre fois l'évolution se fait vers une guérison spontanée, celle-ci est d'autant plus rapide que le sujet mobilise davantage son doigt.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de cette affection est très facile et nous ne connaissons pratiquement aucune maladie avec laquelle elle pourrait être confondue. Il suffit d'en avoir vu un cas ou même d'en avoir lu une observation pour la reconnaître immédiatement. Toutefois, dernièrement en Allemagne, un cas intéressant a été rapporté qui doit retenir notre attention. Peiper dans les Archives für Klinische Chirurgie, 1925, décrit un cas typique d'auriculaire à ressort, secondaire à un léger traumatisme. A l'intervention une incision palmaire est pratiquée sans découvrir rien d'anormal, c'est alors que l'auteur a la bonne idée d'explorer la région dorsale et à sa grande surprise il trouve une rupture, un arrachement sous-cutané de l'aponévrose dorsale au-dessus de la première articulation interphalangienne. Ce cas ne rappelait en rien le tableau clinique des ruptures d'aponévrose, et simulait si bien le doigt à ressort vrai, que Peiper n'a pas hésité à commencer par une incision palmaire où il s'attendait à trouver une lésion de l'appareil tendo-vaginal.

Il faudra donc, dans les cas de doigts à ressort où le siège de la lésion n'est pas évident, chercher à dis-

cuter une rupture sous-cutanée de l'aponévrose dorsale. La question se complique quand on veut aborder le diagnostic de siège exact de la lésion. Dans les cas où il n'y a pas de nodosité du tendon ou de la gaine, on aura recours à la radiographie qui permettra parfois de mettre en évidence des lésions articulaires ou bien, comme dans notre cas, un sésamoïde intra-articulaire.

LE PRONOSTIC. — Le pronostic est toujours benin et le seul motif d'une intervention c'est la gêne des mouvements qui apporte un obstacle au travail ou une douleur exagérée.

Parfois une guérison spontanée survient, elle a d'autant plus de chances de se produire que le sujet se sert davantage de son doigt malade.

Le pronostic de l'intervention est très bon étant donné la très grande simplicité de celle-ci ; la récupération fonctionnelle complète suit presque toujours l'intervention.

On n'a pas noté de récurrences.

ETIOLOGIE.

Les nombreuses statistiques faites par les anciens auteurs démontrent que les doigts à ressort se voient à tous les âges, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard. Ils sont cependant beaucoup plus fréquents chez l'adulte. Quant à la localisation, c'est le pouce qui est atteint dans 50% des cas. Ensuite viennent: l'annulaire 30 %, le médus, l'auriculaire et l'index. Les doigts de la main droite beaucoup plus souvent que ceux de la main gauche.

Le doigts à ressort se voient avec la même fréquence dans les deux sexes. Nombreuses sont les causes qui ont été incriminées. Les anciens parlaient d'arthritisme, de rhumatisme et de traumatisme. Parmi les causes certaines, il y a le trauma violent ou léger. surtout le traumatisme professionnel, ainsi il est intéressant de noter que certains exercices prédisposent en quelque sorte à cette affection. Les musiciens, par exemple, connaissent parfaitement cet accident et l'enquête faite par Huillet parmi les maîtres de piano ou de violoncelle montre que cet accident est plus fréquent qu'on pourrait le croire chez les jeunes débutants qui forcent l'exercice.

Il n'y a pas que les musiciens. Les maîtres d'armes qui manient le fleuret présentent souvent les mêmes accidents.

Malheureusement, la cause n'est pas toujours évidente et c'est ainsi que peuvent être expliquées les très nombreuses théories qui ont été invoquées et qui ne font que cacher notre ignorance.

Pour conclure, nous dirons qu'il y a une origine mécanique, une origine infectieuse et que dans une bonne partie des cas l'origine est inconnue.

PATHOGENIE.

C'est là que la question présente son intérêt principal. Les théories sont nombreuses, nous allons les reprendre et les discuter toutes et en apporter une nouvelle que le hasard d'une observation nous a permis de découvrir et de vérifier par la radiologie et l'intervention.

Le syndrome des doigts à ressort relève de causes multiples et présente des mécanismes différents.

Théorie synoviale : C'est la pathogénie la plus ancienne, celle qui a été invoquée par l'auteur même (Notta, 1850) et qui depuis a été abandonnée par tous. Il s'agit d'un engorgement du cul-de-sac synovial de tendons fléchisseurs des doigts. C'est cet engorgement qui s'extériorise par une nodosité, laquelle viendra lors de mouvement butter contre un obstacle. L'obstacle est constitué par la bandelette fibreuse qui renforce en bas l'aponévrose palmaire superficielle. Malheureusement, cette théorie ne peut pas nous expliquer tous les cas de pouce à ressort que nous savons les plus fréquents, parce que la gaine du pouce ne se termine pas par un cul-de-sac palmaire. D'autre part, nous ne connaissons pas une inflammation localisée seulement au cul-de-

sac, quand il y a inflammation elle gagne toute la gaine. Enfin cette théorie ne nous explique pas le phénomène de double ressort, que Notta même a décrit dans une de ses observations et où il faut admettre un double obstacle rencontré par la nodosité (nous savons qu'il n'y a qu'une bandelette de renforcement). Aucune intervention n'a permis de vérifier cette théorie. D'ailleurs elle a été abandonnée par l'auteur même, qui, dans les Archives Générales de Médecine, 1850, cherche une explication nouvelle du ressort dans une déformation du tendon, une nodosité due à l'inflammation et à des pseudo-membranes.

Nous ne ferons que mentionner l'hypothèse des corps flottants intra-synoviaux attribuée à Nelaton, qu'on retrouve dans le Traité de pathologie de ce chirurgien, mais qui en réalité a été émise par un de ses élèves qui a rédigé le dernier volume de ce traité.

La théorie du spasme fonctionnel ou théorie nerveuse. — Elle peut se résumer en ceci : vigilance exagérée des muscles fléchisseurs pendant les mouvements d'extension du doigt malade, impotence des mêmes muscles pendant la flexion. Pour mieux nous faire comprendre nous allons citer l'auteur (Carlier, Th. Paris, 1889, p. 133). « Le tendon du fléchisseur superficiel s'insère sur la deuxième phalange qui devient ainsi la
« phalange enregistrante. Soit par exemple, le doigt
« atteint en flexion, et prions le malade d'exécuter le
« mouvement d'extension. Comme c'est le fléchisseur
« qui, a un moment donné, s'oppose à la continuation

« du mouvement la deuxième phalange éprouve un
« temps d'arrêt, mais grâce à un effort énergique des
« extenseurs le spasme cède, et la deuxième phalange
« achève brusquement le mouvement d'extension. On a
« ainsi l'illusion que l'obstacle siège dans l'articulation
« interphalangienne supérieure ».

Mais l'auteur se trouve embarrassé pour expliquer la production du ressort pendant la flexion du doigt, et c'est là un point vraiment faible de son argumentation.

« Après une ébauche de flexion spontanée, le doigt
« se trouve arrêté à mi-voie, à quoi attribuer cet arrêt.
« Est-il dû à l'impotence momentanée du muscle fléchisseur ? Est-il provoqué par la vigilance exagérée
« des antagonistes ? Nous croyons que, suivant le cas et
« suivant les moments, les deux facteurs interviennent
« ici, mais nous attachons cependant beaucoup plus
« d'importance au premier. Quant à la rapidité terminale du mouvement, elle s'explique par la contraction
« brusque et spasmodique du fléchisseur ».

Ces alternatives d'impotence et de vigilance musculaire, Carlier les attribue à un état spécial de faiblesse du système nerveux qu'il appelle le névrosisme et qui serait héréditaire : on peut d'ailleurs faire remarquer que dans ses observations Carlier ne retrouve rien dans les antécédents des sujets qui pourrait nous faire penser à une atteinte du système nerveux et le doigt à ressort en serait l'unique manifestation.

Pourquoi ce névrosisme se traduit-il sur les mêmes muscles, les fléchisseurs, tantôt par une contracture,

tantôt par une impotence, suivant le mouvement exécuté ? Si nous pouvons comprendre le ressort à l'extension par suite de contracture des fléchisseurs qui s'y oppose et effort secondaire des extenseurs, l'explication du ressort à la flexion nous paraît vraiment difficile. La contracture de l'extenseur ne peut être envisagée parce que sa force est insignifiante par rapport aux fléchisseurs. Quant à l'arrêt momentané par impotence passagère des fléchisseurs, pourquoi la reprise serait-elle suivie de ressort brusque. Il y a donc de nombreux arguments contre la théorie nerveuse qui d'ailleurs n'a pas trouvé beaucoup de défenseurs.

Théorie articulaire. — Cette théorie a été soutenue par Poirier et reprise en 1890 par un de ses élèves Stcherbatcheff dans sa thèse. Elle est basée surtout sur des pièces anatomiques sans qu'on sache si le phénomène du ressort a été noté chez ces sujets de leur vivant, et c'est là l'objection principale. Cette théorie peut être résumée comme suit : Le doigt à ressort est un phénomène essentiellement articulaire. Il n'est que l'exagération d'un phénomène physiologique résultant de la conformation même des articulations dans lesquelles il apparaît :

1° Toute modification dans la conformation des surfaces articulaires metacarpo-phalangiennes et interphalangiennes et en particulier une crête transversale qui diviserait en deux la surface articulaire de la tête métacarpienne ou phalangienne.

2° Toute affection des ligaments articulaires dont

la tension détermine un contact trop intime des surfaces articulaires.

3° Toute déformation traumatique des surfaces articulaires.

4° L'accrochement de l'appareil ligamenteux aux tubercules latéraux des têtes métacarpiennes, au moment de l'accrochement il y a arrêt de flexion et mise en tension du muscle. Puis les ligaments vont glisser par dessus des tubercules et la flexion va se terminer brusquement. C'est un phénomène qui s'observe à l'état normal chez certains animaux, en particulier chez l'autruche.

Clément dans sa thèse s'oppose à la théorie articulaire, d'après lui les phénomènes de ressort observés au cours des déformations articulaires sortent du cadre nosologique tracé par Notta et rentrent dans le grand groupe des articulations atteintes de rhumatisme chronique déformant ; il fait très justement remarquer que les cas de Poirier ne se limitent pas seulement aux doigts mais qu'il y avait en plus poignet à ressort et même genou à ressort et que aucun de ces cas ne s'accompagnait de douleur ou de nodosité.

Nous croyons que l'origine articulaire des doigts à ressort existe, mais qu'elle est beaucoup plus rare que Poirier et Stcherbacheff ne l'admettaient.

La théorie tendo-vaginale. — C'est celle qui est admise actuellement par tous les auteurs, elle a été confirmée par de nombreuses expérimentations de Blum Mentzel et Marciano qui sont arrivés à reproduire à

volonté le phénomène de ressort. C'est encore elle qui a été confirmée par plusieurs interventions chirurgicales. Elle nous permet d'intervenir logiquement chez beaucoup de malades atteints de doigts à ressort, et d'obtenir par une simple incision de la gaine des résultats satisfaisants. Parmi les partisans de cette théorie les uns cherchent l'explication du ressort dans l'atteinte du tendon fléchisseur, les autres dans le rétrécissement de sa gaine, enfin quelques-uns pensent à une atteinte simultané de la gaine et du tendon. Déjà Notta dans sa dernière observation cherche l'explication du ressort dans une nodosité du tendon d'origine inflammatoire, mais ce n'est qu'avec Menzel que cette nodosité pressentie trouve une confirmation sérieuse ; ce chirurgien est le premier à reproduire cette nodosité artificiellement en enroulant un fil autour du tendon, les mouvements artificiels deviennent difficiles, mais le ressort ne se produit que quand on rétrécit en même temps la gaine. De ces expériences il conclut :

Le phénomène de ressort est produit par une affection de la gaine tendineuse, bien que l'on ait l'impression qu'elle vienne de l'articulation.

Une tumeur de la gaine qui n'étrangle pas la lumière de la gaine ne produit pas de ressort. Le rétrécissement seul de la gaine ne suffit pas, il faut une tumeur tendineuse circonscrite et un rétrécissement de la gaine.

La nodosité et le rétrécissement sont probablement d'origine inflammatoire. Felicki en 1882 devait aller plus loin. Acceptant l'idée d'une tendo-vaginalite, il dit que le tendon peut être épaissi et la gaine normale, ou bien

le tendon est normal et la gaine anormale, une seule lésion suffit pour produire le phénomène de détente.

Blum a repris l'étude expérimentale de la question, il confirme l'idée de Felicki, d'après lui le mécanisme est le suivant : au moment où la nodosité vient s'accrocher à l'entrée du canal fibro-osseux (qui est formé par la phalange et la gaine) renforcé à l'entrée par un ligament, un arrêt se produit ; mais grâce à l'effort musculaire la nodosité force cet obstacle et c'est alors que le mouvement se termine brusquement par un ressort. La gaine fibreuse sert ainsi de poulie de réflexion du tendon. Ce mécanisme est particulièrement net au niveau du pouce où les deux sesamoïdes forment un véritable détroit.

Marcano en 1884 complète les expérimentations de Blum, d'après lui, il n'y a pas que le rebord de la gaine fibreuse qui forme obstacle pour la nodosité, cette gaine présente plusieurs fibres de renforcement contre lesquelles peut buter la nodosité. Bientôt de nombreuses interventions de Leinstrick Carlier et Jeanin viennent confirmer ces théories expérimentales. A l'intervention tous les auteurs signalent des altérations de l'appareil tendo-vaginal et une disproportion entre le tendon et sa gaine qui rend possible un étranglement sous les ligaments de renforcement, c'est la variété tendineuse qui paraît la plus fréquente, la variété synoviale, quoique rare, est incontestable. Tous ces chirurgiens arrivent à guérir leurs malades par une simple incision de la gaine tendineuse, ils débarrassent l'obstacle et le ressort disparaît immédiatement ; les autres essaient d'extirper la tu-

meur tendineuse, cette technique plus délicate préserve contre la reproduction des phénomènes.

La nodosité a fait le sujet de nombreuses recherches anatomo-pathologiques ; les auteurs espéraient retrouver ainsi son origine, malheureusement toutes ces études ne permettent pas de conclure, on trouve simplement un tissu fibro-cartilagineux. Il n'y a que dans les cas de traumatisme direct sur le tendon que le nodule soit cicatriciel comme par exemple dans l'observation de Kroh (Arch. fin klin. chirurg. 925) où il s'agit d'une hémisection du tendon par un fragment de verre.

NOTRE THEORIE.

Les théories anciennes d'engorgement synovial et de spasme nerveux ont paru insuffisantes, déjà à leurs auteurs même et doivent désormais être abandonnées.

La théorie articulaire défendue par Poirier ne peut être admise que dans des cas rares, en effet, parmi les observations citées par cet auteur la grande majorité ne peut entrer dans le cadre nosologique des doigts à ressort au cours d'une maladie polyarticulaire déformante.

La théorie tendo-vaginale désormais classique est incontestablement la plus fréquente, nous venons l'appuyer par des observations nouvelles, qui étant donné l'intervention et la guérison qui les a suivies présentent un intérêt considérable, mais les lésions de rétrécissement de la gaine ou de renflement du tendon ne sont pas les seuls mécanismes par lesquels le phénomène de ressort se produit ; nous croyons pouvoir décrire au-

jourd'hui une modalité nouvelle. Il s'agit d'un *sesamoïde intraarticulaire* qui d'autre part adhère par sa base à la face postérieure du tendon. L'incision libératrice de la gaine, pierre de touche dans les mécanismes classiques s'est montrée nettement insuffisante, le ressort persistait après une large ouverture de la gaine et ce n'est que l'ablation du *sesamoïde* qui a fait disparaître aussitôt et définitivement le ressort. Ce *sesamoïde* agissait à la manière d'un « coin » intra-articulaire en produisant à chaque mouvement un véritable blocage. Voici d'ailleurs l'observation :

Observation personnelle (prise dans le service de M. le Docteur Redon).

Mme Sav. L. âgée de 49 ans, employée de bureau, est venue nous trouver à la consultation de chirurgie de Larihoisière le 8 août 1936, pour un « phénomène curieux » au niveau de son pouce droit, en même temps qu'une gêne des mouvements et légère douleur.

Depuis plusieurs mois elle a remarqué une gêne à l'extension de son pouce, gêne qui va en augmentant, d'apparition spontanée sans aucun traumatisme dans les antécédents.

A l'examen le pouce est normal d'aspect, la palpation n'est pas douloureuse. Nous explorons les mouvements et c'est alors que le phénomène apparaît. La flexion est normale mais l'extension complète spontanée est presque impossible et ne se fait qu'au prix d'un grand effort. Souvent la malade a recours à sa main gauche pour produire ce mouvement.

L'analyse minutieuse de ce mouvement permet de le diviser en trois temps.

1° La malade ébauche d'abord l'extension.

2° Celle-ci est arrêtée par un obstacle.

3° Ce dernier est vaincu ensuite par un effort musculaire considérable, l'extension se complète alors brusquement en même temps qu'un ressort se produit et une légère douleur au niveau de l'articulation phalango-phalangienne.

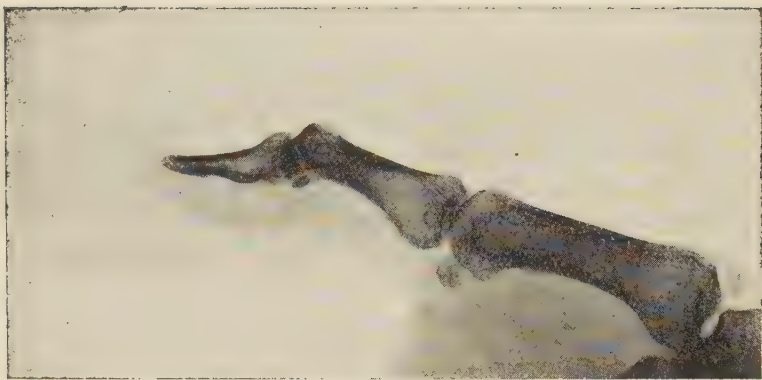
Ce ressort nous le reproduisons plusieurs fois par les mouvements actifs et passifs de flexion et d'extension du pouce. La palpation permet de sentir au niveau de l'articulation interphalangienne une petite nodosité de consistance ferme, le pincement latéral de cette nodosité entre le pouce et l'index, supprime le phénomène de ressort aussi bien dans les mouvements effectués par la malade que dans les mouvements passifs.

L'articulation métacarpo-phalangienne ne présente aucune anomalie ni dans ses mouvements ni à la palpation.

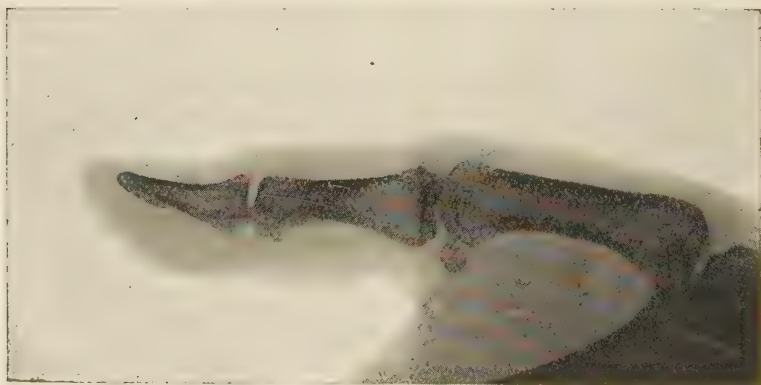
Une radiographie pratiquée de face et de profil montre l'existence d'un sésamoïde situé juste au niveau de l'articulation interphalangienne, de la taille d'une petite lentille. Notons en particulier que l'appareil sésamoïdien métacarpo-phalangien est tout à fait normal.

On décide alors de pratiquer une intervention chirurgicale. Opération le 12 août 1936. Dr. Rachelsberg.

Après anesthésie loco-régionale à la racine du pouce avec la novocaïne, et hemostase temporaire par un petit lien élastique, on fait une incision longitudinale le long



du bord radial du pouce, longue de sept centimètres environ, ayant son milieu au niveau de l'interligne articulaire. On incise prudemment le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à découverte du tendon. On constate dès



ce moment que le tendon joue librement dans sa gaine, que l'appareil vaginalo-tendineux est tout à fait normal. On incise la gaine, il n'y a ni rétrécissement de la gaine, ni épaissement du tendon, le ressort continue à se produire. On soulève le tendon et sa gaine, avec la pointe du bistouri, de la face palmaire de la première phalange, on constate que ce simple geste supprime tout phénomène de « ressort ». A l'ouverture de l'articulation interphalangienne on voit un sesamoïde de forme prismatique triangulaire dont la base adhère au tendon et dont les deux facettes supérieure et inférieure recouvertes de cartilage s'insinuent dans l'interligne interphalangien constituant un véritable coin intra-articulaire. Le ressort est dû exclusivement à l'existence de ce sesamoïde ou plus précisément de cette chondrification partielle du tendon. Au repos du pouce ce sesamoïde répond à la face palmaire de la deuxième phalange à la flexion son arrêt marque un mouvement d'arrêt au passage articulaire, puis le tendon venant à bout de la résistance due au corps étranger, le mouvement de flexion se complète d'un coup à la manière d'un ressort. Le même phénomène se produit à l'extension. Il suffit de soulever le tendon, ce qui revient à supprimer fonctionnellement le sesamoïde, pour faire disparaître le ressort. On pratique l'ablation de ce sesamoïde, seule cause du phénomène pathologique ; aussitôt les mouvements de flexion et d'extension redeviennent libres et normaux.

Fermeture de la gaine par deux points de catguts.
Suture cutanée. Immobilisation dans un appareil plâtré,

Vérification radiologique. Ablation des fils le septième jours. Quelques séances de mobilisation passive du pouce ont permis un retour rapide des mouvements actifs de l'articulation opérée. La malade revue après un mois présente des mouvements d'extension et de flexion du pouce tout à fait normaux. Le blocage suivi de ressort ayant désormais disparu.

Nous n'apportons à l'appui de notre thèse qu'un seul cas, nous n'avons pas la prétention d'expliquer par notre mécanisme tous les doigts à ressort mais étant donné le grand nombre de cas restés inexplicables par les théories classiques et la très grande simplicité de notre intervention nous voulons insister sur ce mécanisme qui explique l'insuccès de la libération tendineuse simple. Toute intervention doit être précédée d'une radiographie mais même une radiographie négative n'indique pas l'absence de sésamoïde intra-articulaire celui-ci pouvant rester perméable aux rayons.

TRAITEMENT.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Il faut avant tout se rendre compte de quelle variété de doigt à ressort il s'agit, et pour cela, compléter l'examen clinique par une radiographie bilatérale.

Le traitement médical étant le même dans tous les cas, nous voulons l'envisager d'abord : il peut donner parfois un résultat, mais il a l'inconvénient d'être long et douloureux. Ce traitement a pour but de distendre la gaine par plusieurs séances de mobilisation. En cas d'échec ou dans la clientèle hospitalière où le malade ne peut pas arrêter son travail trop longtemps, on aura recours à la chirurgie.

Un bon traitement chirurgical demande d'abord un diagnostic exact, chaque variété ayant son traitement propre ; il faut en plus localiser la lésion.

La variété tendo-synoviale doit être traitée par une incision de la gaine et si possible par une extirpation de la nodosité tendineuse. L'incision seule peut donner une récurrence par une cicatrice sténosante secondaire. Il est utile de faire suivre l'intervention par une ionisation iodo-iodurée.

La variété sésamoïdienne : il faut procéder à une extirpation du sésamoïde comme l'ont fait dans notre cas MM. les Dr Redon et Rachelsberg, et ne pas oublier que le sésamoïde n'est pas toujours visible à la radiographie et qu'il faut pour le trouver explorer l'articulation.

La variété articulaire : lorsqu'une seule articulation est atteinte et que cette lésion est très douloureuse ou bien très gênante pour le travail que doit faire le malade, on pourra tenter une resection modelante, cette intervention n'a pas encore été pratiquée à notre connaissance.

La rupture de l'aponévrose, cas très rare, peut parfois simuler le phénomène du ressort, dans ces cas on pratiquera une suture de l'aponévrose dorsale comme l'a fait Peiper.

Dans tous les cas une immobilisation plâtrée de sept jours suivra l'intervention. Une fois le plâtre enlevé on fera quelques séances de mobilisation passive et active.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION II. (personnelle) — Mlle B. E. âgée de 26 ans, femme de chambre, est venue nous trouver à la consultation de chirurgie de Lariboisière le 23 janvier 1936, pour une gêne et des douleurs dans les mouvements du pouce droit, qui datent d'une dizaine de jours, secondaire à une chute que la malade a faite au cours de son travail. C'est une douleur violente que la malade localise au niveau du bord interne de l'éminence thenar, elle n'existe pas au repos et n'apparaît qu'avec les mouvements du pouce.

A l'examen il n'y a aucune déformation de la région, l'exploration des mouvements montre un phénomène particulier au niveau du pouce. A la flexion le mouvement s'ébauche, il s'arrête à 130°. A la suite d'un effort un brusque ressort se produit avec craquement et douleur. A ce moment-là, la flexion se complète. Le craquement et la douleur ont pour siège l'articulation trapezo-métacarpienne.

L'extension spontanée est impossible, la malade s'aide de l'autre main pour l'effectuer ; ici encore la douleur se produit. Le ressort n'accompagne pas les mouvements passifs. La palpation minutieuse de la loge tendineuse ne révèle aucune déformation, aucune nodosité, mais la pres-

sion au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne est douloureuse.

Traitement. — On pratique une immobilisation plâtrée pendant quinze jours sans résultat.

On remet alors un plâtre plus large ; devant le second échec on décide une infiltration de la région à la novocaïne. La malade est soulagée pour une courte période, mais la douleur reprend plus violente. Trois examens radiologiques sont pratiqués successivement sans montrer la moindre lésion. On décide alors une intervention chirurgicale, mais la malade refuse.

Revue après un mois la malade va beaucoup mieux, elle a remarqué que plus elle se servait de sa main, moins elle souffrait et ainsi par exemple le matin les mouvements sont beaucoup plus douloureux que le soir. A l'examen le ressort est moins net, l'extension spontanée encore douloureuse est cependant possible.

Revue après trois mois, la malade va très bien, la douleur et le ressort ont disparus complètement.

OBSERVATION III. (*Kroh. Arch. für Klinische chirurgie* 1925). — Madame A. O. 43 ans, sans antécédents héréditaires ; sans antécédents pathologiques rhumatismaux en particulier. A eu il y a six semaines le pouce gauche comprimé par une pile d'affiches, depuis une douleur et une gêne des mouvements sont apparues, qui n'ont cédé ni aux pansements chauds, ni aux massages. Quatorze jours plus tard, la malade s'est aperçue que son pouce présentait à

la flexion et à l'extension un phénomène qu'elle qualifiait de bizarre, en même temps la gêne augmentait, elle était plus forte le matin que le soir.

A l'examen : l'état général est normal. Le pouce gauche est d'apparence normal, sans tuméfaction ni cicatrice. La palpation révèle une douleur au niveau de la première articulation ; il n'y a aucune nodosité palpable. La radiographie est normale. Les mouvements actifs : la flexion s'ébauche, elle s'arrête momentanément, la phalangette faisant un angle de 70° , après un effort, la flexion se termine avec un ressaut, la phalangette passe à 90° . Le même phénomène se produit à l'extension, on a l'impression que le ressaut se produit au niveau de l'articulation interphalangienne. On retrouve le ressaut aux mouvements passifs. Une intervention est proposée et acceptée par la malade.

Compte-rendu opératoire : On découvre la gaine tendineuse le long de son bord interne par une incision qui va de l'articulation interphalangienne jusqu'au tiers moyen de la paume de main.

Le tissu sous-cutané n'est pas modifié (au point de vue trauma.) pas de cicatrice, pas de tuméfaction. On prépare la gaine et on remarque alors au niveau de l'articulation basale un épaississement et une opacification de celle-ci sur 5 mm. Au-dessus et au-dessous de cet endroit la gaine est normale, transparente et on peut suivre le jeu du tendon. Le doigt étant tendu à l'extrême on voit sur le tendon en aval de la région rétrécie de la gaine une nodosité qui fait partie du tendon et est mobile avec lui. Au moment de la flexion cette tumeur s'engage à travers le rétrécissement, le mouvement s'arrête, il se termine secon-

dairement par un ressaut en même temps que la nodosité a dépassé la zone épaissie de la gaine et est réapparue en amont. On ouvre latéralement la gaine juste au-dessus de la partie fibreuse, aucun écoulement de liquide. Le tendon est lisse et présente un éclat métallique. La gaine est rétrécie au niveau de la partie opacifiée. On l'ouvre. Le tissu de la gaine est dur et crie sous le bistouri. Les lèvres de l'ouverture sont dures et leur épaisseur dépasse 2 mm. On retourne la paroi antérieure de la gaine et on voit que c'est le ligament proximal de renforcement qui est le siège du processus pathologique. Il est épaissi et cicatriciel. La surface interne de la gaine a un aspect luisant, elle ne présente pas de rugosités.

Le tendon fléchisseur est normal, sauf au niveau de l'articulation basale, c'est-à-dire dans la région du ligament épaissi. Il est aminci à ce niveau jusqu'à son tiers et épaissi au-dessus en crosse formant ainsi une nodosité. On ne touche pas au tendon, on reseque seulement une partie de la gaine au niveau du rétrécissement sur 2,5 cm en longueur et 4 mm. en largeur, qu'on enlève.

Tout de suite après la section de la gaine, le ressaut disparaît.

On ne suture pas la gaine. On rapproche les lèvres cutanées de la plaie. Immobilisation dans un appareil extenseur. Après la cicatrisation, massage.

Quatre semaines après l'opération, les mouvements du pouce sont redevenus parfaitement libres.

OBSERVATION IV. (*Sorrel et Benoît*. Société chirurgicale 16 mai 1934). — L'enfant H... Ruth, âgée de cinq ans, est

amenée à notre consultation de l'hôpital Trousseau en janvier 1934, parce que son pouce droit présente une flexion permanente de la deuxième phalange sur la première. Cette déformation date de dix-huit mois ; elle apparut à la suite d'une chute survenue en août 1932. Les parents ne peuvent donner de grandes précisions sur la façon dont s'est produite la chute, mais ils affirment que le traumatisme fut violent et que le pouce fut immobilisé sur une planchette pendant quinze jours. Ils sont certains, d'autre part, qu'avant ce traumatisme, le pouce fonctionnait normalement, comme celui de l'autre côté. En examinant l'enfant, nous constatons que, au repos, la deuxième phalange est à demi fléchie à 45° environ, sur la première. La flexion peut être augmentée, passivement ou activement, jusqu'à la limite normale, mais *l'extension complète* est impossible, quelque soit l'effort que l'enfant fait, la phalange reste à mi-chemin de sa course, faisant, avec la première phalange, un angle de 135° environ, même lorsque le pouce est maintenu en adduction dans la paume de la main, malgré le relâchement ainsi obtenu du tendon fléchisseur.

L'extension passive est tout aussi limitée, elle est arrêtée brusquement, et l'angle de 135° ne peut être dépassé. On ne détermine d'ailleurs, en la faisant, aucune douleur. A la base du doigt, au milieu de sa face palmaire, à peu près à la hauteur de l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit et on palpe une *nodosité* dure, mobile au cours des mouvements, qui semble appartenir au tendon du long fléchisseur. Lorsque l'extension maxima est atteinte, cette petite nodosité reste bloquée ; il semble que c'est elle qui empêche le doigt de s'étendre davantage.

L'examen complet de l'enfant ne révèle rien de particulier ; les autres doigts sont absolument normaux.

La radiographie du pouce ne montre aucune lésion osseuse. Opération le 25 janvier 1934 : Incision parallèle en tendon au niveau de la petite nodosité. Ouverture de la gaine tendineuse. Immédiatement, l'extension complète de la phalangine devient possible. La gaine est normale et ne paraît par rétrécie. Mais le tendon présente un épaississement qui correspond bien à la nodosité que l'on sentait, et se trouve, par suite étranglée dans sa gaine. Cette nodosité est située exactement à la hauteur du sésamoïde externe et ce sésamoïde présente une disposition anormale. Habituellement, il est *fixe* dans l'épaisseur de la capsule articulaire métacarpo-phalangienne *en dehors* du tendon fléchisseur. Ici il est assez mobile et peut venir se coïncider au-dessous du tendon. On a l'impression, qu'il peut avoir ainsi comprimé et irrité, au travers de sa gaine, le tendon fléchisseur et joué un rôle dans la production de la nodosité. On le résèque en grande partie, de façon à ce qu'il ne soit plus en contact avec le tendon. On ne touche pas au tendon, dont la nodosité semble difficilement extirpable sans le sectionner. On ne suture pas sa gaine ; quelques points seulement rapprochent au-dessus de lui le tissu graisseux et l'isolent de la peau. Suture cutanée sans drainage.

Examen histologique du sésamoïde partiellement enlevé : nodule cartilagineux d'apparence normale se continuant à la périphérie par le tissu fibreux.

L'enfant revu plusieurs fois présente un pouce normal, la mobilité est parfaite,

OBSERVATION V. (*Dr. Bron Tapie*, Bordeaux chirurg. 1931, p. 266). — Mlle S. A. vient nous trouver en février 1929 se plaignant d'un phénomène « curieux » disait-elle :

Depuis deux mois environ, son attention avait été attirée du côté de son pouce droit. Au commencement, simple gêne dans les mouvements, puis impotence marquée. La phalangette du pouce pouvait se mettre en flexion sans difficulté aucune, mais une fois fléchie, ne pouvait plus se redresser spontanément. En s'aidant de l'autre main, la malade y parvenait facilement, mais au prix d'une petite douleur, en même temps que l'on percevait un petit « claquement » que la patiente localisait à l'extrémité du doigt. Nous faisons nous-même plusieurs fois l'expérience : flexion facile, même spontanée, extension active impossible, on y réussit soi-même, mais avec claquement et douleur légère. Le bruit caractéristique nous semble plutôt se passer au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Le diagnostic ne faisant aucun doute, nous conseillons une intervention à la malade qui accepte.

Opération : le 3 février, sous anesthésie locale à allocaïne. Nous menons une incision de 3 cm.,5 sur la face palmaire du pouce, depuis la partie moyenne de la phalange jusqu'aux muscles de l'éminence thenar. Le tendon long fléchisseur est mis à nu et nous pouvons, en mettant de petits écarteurs, inspecter facilement l'appareil gleno-sésamoïdien. Nous avons immédiatement l'explication du phénomène observé. Le pouce mis phalangette en flexion, le fléchisseur présente en arrière des sésamoïdes une sorte de renflement ovoïde, augmentant l'épaisseur du tendon

d'un bon tiers, intéressant le tendon, développé dans son épaisseur et non aux dépens de sa gaine. La phalangette mise en extension, le tendon s'allonge, la nodosité remonte, essaie de passer entre les deux sésamoïdes, éprouve une certaine difficulté, le défilé est plus étroit qu'elle et ne l'admet qu'avec peine. Cependant, en continuant le mouvement d'extension, il arrive un moment où cet épaississement est obligé de passer. Il le fait avec un ressaut caractéristique, on perçoit un petit « claquement » en même temps que la malade ressent une certaine douleur. Il est évident que nous sommes en présence d'un véritable cas de dys-tocie tendineuse, et le traitement s'impose. L'auteur considérait la lésion tendineuse comme primitive et craignant la possibilité d'une récurrence après resection du tendon se décide à agrandir la filière et pour ce faire enlève le sésamoïde interne, le ressaut disparaît immédiatement. Suture sans drainage.

Revue plusieurs fois depuis, Mlle S. A. remue son doigt comme si elle n'en n'avait jamais souffert.

OBSERVATION VI (*Rocher*). — S. F. 48 'ans, a ressenti une douleur dans le pouce gauche le 5 février 1931 en faisant un effort dans son ménage. D'abord elle fut seulement gênée dans ses mouvements puis un jour apparurent les symptômes du pouce à ressort, qui était de plus caractéristique lorsque la malade se présente à notre examen.

Elle arrivait, non sans peine à fléchir la phalangette du pouce gauche, mais à un moment, celui-ci restait bloqué en flexion : par une poussée assez forte sur la pulpe, la phalangette se redressait brusquement comme un ressort

que l'on détend. En même temps qu'elle éprouvait une sensation douloureuse qu'elle rapportait au niveau de l'articulation interphalangienne.

A l'exploration pas de déformation, mais la pression révélait une petite douleur de la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Une immobilisation en extension fut pratiquée pendant deux mois, mais les troubles réapparaissent après l'ablation de l'appareil. Une intervention fut pratiquée le 10 octobre 1931, Dr. Gerin. Anesthésie en bague. L'exploration de l'articulation après incision dorsale médiane montre des surfaces articulaires normales sans corps étrangers. Fermeture de la capsule et du surtout tendineux. Suture cutanée.

Incision sur la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne. Section de la gaine tendineuse du fléchisseur profond. Le tendon apparaît à nu dans la gorge profonde que bordent les sésamoïdes. En un point un examen attentif montre une augmentation de volume nodulaire et on pense à un cal de rupture parcellaire.

Nous demandons à la malade de fléchir le pouce, elle le fait sans ressentir de gêne et sans saccade. L'intervention se borne là. Un surjet de catgut très fin rapproche le tissu cellulaire en avant de la gaine fendue. Suture cutanée aux crins.

Immobilisation six jours. A ce moment les points sont enlevés. Quinze jours après l'opération la malade remue son doigt sans aucun trouble.

Actuellement, 9 janvier 1933, la guérison est parfaite, les mouvements égaux à ceux du côté opposé.

CONCLUSIONS.

Les doigts à ressort sont produits par des mécanismes divers :

La variété tendo-vaginale est la plus fréquente.

Lorsque le débridement de la gaine ne fait pas disparaître le ressort sur la table d'opération il faut explorer l'articulation et on pourra trouver un sésamoïde, cause des phénomènes.

Une simple extirpation de celui-ci assurera la guérison. Si les articulations, le tendon et la gaine se montrent indemnes et que le ressort persiste il faudra séance tenante examiner l'aponévrose dorsale, et rechercher une rupture superficielle, dans certains cas on aura la chance d'en trouver une et par une suture simple on fera disparaître le ressort.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *le Président de la Thèse,*
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE.

- BAUMANN. — Der schnellender Finger.
Münchener med. Wochenschr. 1917.
- BLUM. — Du doigt à ressort.
Arch. génér. de méd. 1882.
- CARLIER. — Les doigts à ressort.
Thèse de Paris 1889.
- CHARBONNEL. — Les doigts à ressort.
Sociét. anat. clinique Bordeaux 1911.
Bordeaux chirurg. 1931, p. 266.
- CLEMENT. — Les doigts à ressort.
Thèse de Paris 1897.
- DUMAREST. — Les différentes variétés des doigts à ressort.
Lyon médic. 1872.
- DE QUERAIN. — Ueber das Wesen und die behandlung
des steno sirenden tendo-vaginitis.
Münch. med. Wochenschr. 1912.
- DUPLAY. — Les doigts à ressort.
Arch. génér. méd. 1896.
- FELICKY. — Ueber dem schnellenden Finger.
Thèse de Greifswald 1881.

- FALK. — Le pouce à ressort chez l'enfant.
Brün's Beiträge zur Klin. chirurg. 1931.
- GALZIN. — Les doigts à ressort.
Thèse Montpellier 1886.
- HANCK. — Der schnellerder Finger Tendovaginitis stenosaus.
Arch. für Klin, chirurg. 1923.
- HUILLET. — Les doigts à ressort chez les musiciens.
Thèse de Bordeaux, 1898.
- HELWIG. — Schnellender Finger bei Polyarthritiskranken.
Klin. Wochenschr. 3 Sg. N° 52.
- HYRTL. — Traité d'anatomie topographique, 1865.
- JEANIN. — Les doigts à ressort.
Thèse de Paris 1894.
- KROH. — Gelenk-kapsel und Gelenkmäuse in einem Fall von Arthritis deformaus adhesiva.
Arch. für orthoped, u Unfall Chirurg. H 2, 21.
Arch für Klin. chirurg. 1925.
- MARCANO. — Les doigts à ressort.
Progrès médical 1884. 303, 321, 336.
- MARCHESI. — Beiträge zur Pathologie Diagnostik und Therap. des schnell. Finger.
Deutsch zeitschrift f. chirurg, 1905.
- PENTREL. — Der Schnellender Finger.
Centralblatt für chirurg. 1874.
- NELATON. — Doigt à ressort.
Pathologie externe 1859. T. V, p. 953.
- NOTTA. — *Arch génér. de méd.* 1850. T. 24, p. 142.
- PAMPERL. — *Brnu's Beitr. z. klin. chir*, 1918.

- PEIPER. — Der Schnellender Finger.
Arch. für klin. chirurg. 1928.
- POIRIER. — Pathogénie du D. à ressort. Théorie articul.
Bulletin Societ. anatom. Fév. 1889.
- POULSEN. — Doigt à ressort.
Arch für klin. chirurg. 1911.
- ROCHER et GUERIN. — Sur deux cas de pouce à ressort.
Bordeaux chirprg. Cct. 1933.
- SOREL et BENOIT. — Camptodactylie et pouce à ressort.
Bulletin Societ. chirurg. Mai 1934.
- SEIFERT. — *Arch. für Orthop. Mecanotherap.* 1919.
- STCHERBATCHEFF. — Les doigts à ressort.
Thèse de Paris 1890.
- TILMANN. — Der schnellende Finger.
Berlin klin Wochenschr. 1900.
-

TABLE DES MATIERES.

Introduction	7
Définition	8
Historique	9
Symptomatologie	12
Evolution	15
Diagnostic et pronostic	16
Etiologie	18
Pathogénie	20
Traitement	33
Observations	35
Conclusions	44
Bibliographie	45

